

THESIS

MUNICH

1966

DIAGNOSEWECHSEL BEI ENDOGENEN PSYCHOSEN

Wulf Schimmelpfennig

LANE MEDICAL LIBRARY
STANFORD UNIVERSITY
300 PASTEUR DRIVE
PALO ALTO, CALIF.

AUS DER NERVENKLINIK DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN

Direktor: Prof. Dr. K. KOLLE

DIAGNOSEWECHSEL BEI ENDOGENEN PSYCHOSEN

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
verfasst und
einer Hohen Medizinischen Fakultät
der Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von
Wulf Schimmelpfennig
aus Linz/Donau

München 1966

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter:	Prof. Dr. H. DIETRICH
Mitberichterstatter:	Prof. Dr. K. KOLLE
Dekan:	Prof. Dr. R. ZENKER

Tag der mündlichen Prüfung: 19. 7. 1966

I N H A L T

A) ZUM BEGRIFF DER ENDOGENEN PSYCHOSE	5
B) DIAGNOSEWECHSEL BEI ENDOGENEN PSYCHOSEN	7
I. Kasuistik	7
1. Wechsel der Diagnose von Schizophrenie in Cyclothymie	7
2. Wechsel der Diagnose von Cyclothymie in Schizophrenie	13
3. Atypische Psychosen (Cycloide Psychosen)	17
4. Nur vorübergehend geänderte Diagnose und Fälle mit offener Diagnose	22
II. Statistische Auswertung	25
C) ZUSAMMENFASSUNG	27
D) SCHRIFTTUM	29



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40154017_0206

A) ZUM BEGRIFF DER ENDOGENEN PSYCHOSE

Seit KRAEPELIN teilen wir die endogenen Psychosen, also diejenigen Psychosen, bei denen man keinen pathologisch-anatomischen Befund erheben kann, in den schizophrenen und den cyclothymen Formenkreis ein. KRAEPELIN spricht von *Dementia praecox* und betont mit diesem Namen den typischen Verlauf der Erkrankungen dieser Gruppe. E.BLEULER wählte die Bezeichnung Schizophrenie und verwendete damit ein psychopathologisches Kriterium zur Benennung. Beide Autoren betonen, dass die für die Schizophrenie typischen Persönlichkeitsveränderungen, die im Laufe der Erkrankung auftreten, bei Erkrankungen aus dem manisch-depressiven Formenkreis nicht vorkommen. Diese Erkenntnis ist bis heute im wesentlichen unwidersprochen geblieben.

Zu Beginn der Erkrankung ist man zur Diagnosestellung allein auf psychopathologische Symptome angewiesen. Stellen wir die Diagnose Cyclothymie, so verbinden wir damit die Voraussage, dass die Krankheit nach ihrem Abklingen keinen dauernden Schaden hinterlassen wird. Haben wir die Diagnose "Erkrankung aus dem manisch-depressiven Formenkreis" aus dem Querschnitt der Erkrankung und damit aus dem psychopathologischen Erscheinungsbild gestellt, und es kommt im weiteren Verlauf zu irgendwelchen Defekterscheinungen, so müssen wir definitionsgemäss unsere Diagnose revidieren. KRAEPELIN stellte schon 1920 fest, "dass die Fälle unerfreulich häufig sind, in denen es trotz sorgfältigster Beobachtung unmöglich erscheint, hier zu einem sicheren Urteil zu gelangen." Er schreibt in derselben Arbeit weiter: "Dass bei unzweifelhaft schizophrenen Erkrankungen vorübergehend, bisweilen auch längere Zeit hindurch, manische und melancholische Zustandsbilder auftreten können, die wir von den zirkulären Formen schlechterdings nicht unterscheiden können, ist eine alltägliche Erfahrung". Dies ist auch von E.BLEULER, F.MAUZ, M.BLEULER, J.WYRSCH, K.KOLLE (1961), K.CONRAD und vielen anderen bestätigt worden. Nach K.CONRAD geht zuweilen eine endogene Depression einer schizophrenen Erkrankung voraus.

Umgekehrt berechtigt jedoch das Ausbleiben von Defekterscheinungen nicht unbedingt zur Diagnose Cyclothymie. J.LANGE stellte schon 1923 fest, "dass Schizophrenien mit zahlreichen und guten Remissionen durchaus keine Seltenheiten darstellen, und dass sich dadurch die natürliche Einord-

nung wesentlich erschwert, zumal bei solchen Kranken, die auffallende manisch-depressive Krankheitserscheinungen zeigen". F.A. KEHRER fand beim Verfolgen der Lebensschicksale von 355 schizophrenen Kranken 9 % "defektfrei Geheilte". LEONHARD (1959) unterscheidet zwischen unsystematischen und systematischen Schizophrenien. Die unsystematischen Schizophrenien verlaufen remittierend oder sogar klar periodisch und haben eine andere Prognose als die systematische Schizophrenie. Es werden also auch solche Erkrankungen als schizophren bezeichnet, die typisch schizophrene psychopathologische Symptomatik zeigen, in deren Verlauf es jedoch nicht zu erkennbaren Persönlichkeitsveränderungen kommt.

Für die diagnostische Praxis haben sich nach K. KOLLE (1961) die Symptome ersten Ranges nach KURT SCHNEIDER bewährt. Beim Durchsehen von Krankengeschichten findet man in der Tat die Diagnose "Schizophrenie" häufig durch das Auftreten dieser Symptome begründet. K. KOLLE sagt jedoch auch, dass neben der Psychopathologie, die eben doch nicht eindeutig zu sein braucht, die Erfahrung des einzelnen Psychiaters bei der Diagnosestellung den Ausschlag geben kann. Dieses subjektive Moment bei der Diagnosestellung wird auch von KURT SCHNEIDER (1956) und von J. WYRSCH hervorgehoben. So schreibt J. WYRSCH 1949: "Es ist nichts Neues, wenn hier dargetan wird, dass man mit den üblichen lehrbuchmässigen Symptomen das, was jedem Erfahrenen in der Schizophrenie als wesentlich erscheint, nicht recht treffen kann". Für WYRSCH kommen alle Einzelsymptome, die wir bei der Schizophrenie finden, vorübergehend oder dauernd auch bei anderen Psychosen vor, und manche Erscheinungen haben auch in gelegentlichen Vorkommnissen des normalen Seelenlebens ihren wirklichen oder scheinbaren Ansatz. Leider ist nun das in der Praxis so wichtige Praecoxgefühl des Erfahrenen bei späterer Durchsicht der Krankengeschichten nicht mehr zu verwerten.

Manische oder depressive Verstimmungen kommen bei allen Psychosen vor, besonders gern als Initialstadium einer sich entwickelnden schizophrenen Erkrankung. Andererseits betont E. BLEULER (1911), dass es kein negativ pathognomonisches Zeichen gibt, das das Vorhandensein einer Schizophrenie ausschliesst.

So sollte man nun eigentlich erwarten, dass es relativ häufig vorkommt, dass man die Diagnose "Cyclothymie" später nach Kenntnis des weiteren Verlaufes in "Schizophrenie" abändern muss. Dagegen schreibt E. BLEULER (1911), er könne sich an keinen Fall erinnern, den er später aus Schizophrenie in manisch-depressives Irresein umdiagnostizieren musste. LEONHARD (1960) kommentiert das Ergebnis der Untersuchungen von BRUNO SCHULZ, wonach in der Kinder-generation zu oft Schizophrenie diagnostiziert wurde mit der Feststellung, dass in der Zeit KRAEPELINs der Begriff der manisch-depressiven Krankheit viel wei-

ter gefasst wurde als später unter dem Einfluss der BLEULERSchen Diagnostik. Nach LEONHARDs Ansicht verlaufen Psychosen, die nach der üblichen Diagnostik als schizophren angesehen werden, später phasisch. Er steht damit im Gegensatz zur Meinung von K. CONRAD, H. J. WEITBRECHT und W. JANZARIK (1959), die meinen, dass dies kaum vorkomme, sondern dass häufiger schizophrene Psychosen zuerst manisch-depressiv erscheinen.

Den phasischen Psychosen stellt LEONHARD noch die cycloiden Psychosen zur Seite. Sie sind bipolar und vielgestaltig. LEONHARD unterscheidet innerhalb dieser Gruppe die Angst-Glücks-Psychose, die erregt-gehemmte Verwirrtheit und die hyperkinetisch-akinetische Motilitätspsychose. Besonders bei der Angst-Glücks-Psychose und der erregt-gehemmten Verwirrtheit treten Symptome wie Sinnestäuschungen, Beziehungsideen und Beeinflussungserlebnisse auf. Diese Symptome werden innerhalb der üblichen Diagnostik häufig als schizophrene angesehen. Trotzdem führen die cycloiden Psychosen nicht zu Defekten.

B. DIAGNOSEWECHSEL BEI ENDOGENEN PSYCHOSEN

I. KASUISTIK

Aus dem Krankengut der Nervenklinik der Universität München wurden zunächst diejenigen Fälle herausgesucht, die m e h r m a l s wegen einer endogenen Psychose zur Aufnahme gekommen waren und deren letzte Aufnahme in dem Zeitraum zwischen 1955-1960 lag. Auf diese Weise wurden 667 Krankengeschichten ermittelt. Davon erfolgte in 48 Fällen eine Änderung der Diagnose von Schizophrenie in Cyclothymie oder umgekehrt. In 39 Fällen war dieser Diagnosewechsel endgültig.

1. Wechsel der Diagnose von Schizophrenie in Cyclothymie

In 24 Fällen wurde die Diagnose von Schizophrenie in Cyclothymie geändert.

- a) In 13 der 24 Fälle wurde die Diagnose Schizophrenie gestellt, ohne dass Symptome ersten Ranges nach K. SCHNEIDER vorhanden waren. Hiervon weisen in 3 Fällen die Krankengeschichten überhaupt keine schizophrenieverdächtigen Symptome auf.

In insgesamt 6 Fällen waren Erregungs- oder Stuporzustände verschiedenen Ausmasses für die Diagnose Schizophrenie bei der 1. Aufnahme verantwortlich. Die Stuporzustände, zum Teil mit Minderbegabung verbunden, wurden, wie sich aus dem späteren Verlauf herausstellte, mit Defektzuständen verwechselt. Bei agitierten Depressionen sind die Kranken zerfahren und unkonzentriert; bei stärkeren Erregungszuständen sind sie aggressiv und verweigern die Nahrung. Der weitere Verlauf und die bei den weiteren Aufnahmen auftretenden abgeänderten Symptome führten zur Änderung der Diagnose in Cyclothymie.

Krankengeschichte 42/60

Es handelt sich um eine Arztfrau, die mit 39 Jahren zum ersten Mal erkrankte und zwischen 1951 und 1960 dreimal zur Aufnahme kam. Die Diagnose Schizophrenie wurde bei der ersten Aufnahme aufgrund von Geräuschhalluzinationen, paranoidem Wahneinfall und Personenverkennungen gestellt. Bei den Aufnahmen im Jahre 1954 und 1960 war kein Anhalt mehr für Schizophrenie gegeben.

Krankengeschichte 761/58

Die Patientin, eine Fabrikverwaltersgattin, ist von pyknischem Körperbau und wurde in den Jahren 1945 bis 1958 viermal mit manischer Verstimmung in die Klinik aufgenommen. Bei ihrer ersten Aufnahme, im Alter von 22 Jahren, wurde aus euphorisch flachem, inadäquaten Affekt und faxenhaften Bewegungen auf Schizophrenie geschlossen. Die Symptome veränderten sich von Aufnahme zu Aufnahme immer mehr im Sinne der typischen Manie. Der weitere Verlauf bestätigte die geänderte Diagnose einer Manie.

Krankengeschichte 1084/56

Herr K. hat athletischen Körperbau, ist von Beruf Metzger und wurde 1949 zwanzigjährig nach parathyriopriver Tetanie aufgenommen. Läppischer Affekt, Distanzlosigkeit, leeres uneinfühbares Lächeln, paranoide Ideen und Beziehungsideen führten zunächst zur Diagnose Schizophrenie. Bei weiteren

Aufnahmen bis 1956 traten diese Symptome in den Hintergrund und vitale Verstimmung und hypochondrische Beschwerden bestimmten das Bild. Aus dieser Änderung der Symptome und dem nicht schizophrenieverdächtigen Intervall wurde die Diagnose in hypochondrische Depression geändert.

Krankengeschichte 1448/56

Die pyknische Patientin ist Buchhalterin von Beruf und unverheiratet. Sie kam 1956 fünfzigjährig mit depressiver Verstimmung zum ersten Mal in die Klinik. Aus Geruchshalluzinationen und paranoidem Wahneinfall wurde auf Schizophrenie geschlossen. 1957 kam es neben paranoiden Ideen zu Wahrnehmungen des Sehens und des Fühlens. In der Zwischenzeit zeigten sich keine Anzeichen eines Defektes. Die Diagnose wurde in agitierte Depression geändert.

- b) 11 Fälle, in denen die Diagnose von Schizophrenie in Cyclothymie geändert wurde und bei denen immer, oder zumindest bei der ersten Aufnahme, Symptome ersten Ranges nach K. SCHNEIDER vorhanden waren.

In 3 Fällen wurde die Diagnose Schizophrenie während der manischen Phase gestellt. Bei 2 Patienten (909/60 und 464/57) traten während der manischen Phase Symptome ersten Ranges auf. Bei späteren Aufnahmen wegen depressiver Verstimmung waren diese dann nicht mehr vorhanden. Bei einer Patientin (1559/55) waren während der manischen Phase optische Halluzinationen wahrscheinlich. Sie hörte Flieger brausen, glaubte es käme Krieg, war in ausgesprochener Wahnstimmung und starkem Erregungszustand. Bei der nach 2 Jahren einsetzenden Depression traten nur geringfügige optische und akustische Pseudohalluzinationen auf. Des weiteren hatte die depressive Phase eindeutig cyclothymen Charakter.

Krankengeschichte 42/57

Es handelt sich um eine grosse, eher pyknische Frau, die seit ihrem 14. Lebensjahr psychisch auffällig ist. Hypomanische Grundstimmung wechselte mit Angstzuständen ab. Als sie 1953 im Alter von 44 Jahren zum ersten Mal während einer manischen Verstimmung in der Nervenklinik München war, traten mehrere Symptome ersten Ranges auf; der Affekt war gut erhalten. Zwischen mehreren weiteren Aufnahmen war sie häufig aggressiv

und streitsüchtig. Sie machte häufig kindischen Unfug und war weitschweifig in ihrer Rede. Diese Symptome ließen bei den ersten Klinikaufenthalten an schizophrenen Defekt denken. Bei ihrem letzten Klinikaufenthalt 1957 war das Zustandsbild rein manisch; sie zeigte keine Symptome ersten Ranges; der Affekt war gut erhalten. Aufgrund dieses Zustandsbildes und des Verlaufes entschloss man sich zur Diagnose chronische Manie.

Krankengeschichte 277/60

Es handelt sich um einen interessanten Fall von atypischer Cyclothymie, der erst nach längerem Verlauf geklärt werden konnte. In der Familie des Herrn K. gibt es nicht näher bestimmbare erbliche Belastungen. K. wurde im Alter von 14 Jahren zum ersten Mal in einem Lager psychisch auffällig. Er hatte damals Geruchshalluzinationen und Vergiftungsideen. In den Jahren 1946-1954 kam er sechsmal zur klinischen Aufnahme. Er litt an Erregungs- und Starrezuständen, Gedankenbeeinflussung, Geruchs- und Geschmackshalluzinationen, Wechsel zwischen läppischer Euphorie und Depression, teilweise auch an leiblichen Beeinflussungsgefühlen und Hypnose. Sein Selbstwertgefühl unterlag sehr starken Schwankungen. Erregungszustände mit arrogantem Verhalten wechselten mit ängstlicher Stimmung und Unzulänglichkeitsgefühl ab. Ferner traten hypochondrische Schmerzen, Vorbeireden bei Sprichwörtern und phrasenhafte leere Redewendungen auf.

Trotzdem entschloss man sich zur Änderung der bisherigen Diagnose Schizophrenie in atypische, cyclische Psychose, da zwischen den Schüben keine Anzeichen eines Defektes festzustellen waren. Der Patient arbeitete in den Intervallen vielmehr zur vollsten Zufriedenheit der Eltern als Kaufmann im elterlichen Großhandelsgeschäft. Bei den Aufnahmen in den Jahren 1956-1959 wies der Patient keine Symptome ersten Ranges nach K. SCHNEIDER auf. Bei diesen Klinikaufenthalten standen Reizbarkeit, Unruhe, paranoide Gedanken und Beziehungsideen im Vordergrund. Er war affektiv sprunghaft und unbeherrscht. 1960 wurde der Verlauf in einem Gutachten folgendermaßen charakterisiert. Der gesamte Krankheitsverlauf spricht gegen eine schizophrene Erkrankung. Es handelt sich vielmehr um eine manisch-depressive Erkrankung, bei der die depressiven Phasen nur kurz dauernd und wesentlich seltener sind als die manischen Phasen. Gegen die Diagnose einer Schizophrenie spricht vor allem die völlige Symptombefreiheit in den Intervallen zwischen den einzelnen Phasen und das Fehlen einer bleibenden Persönlichkeitsveränderung, die bei einem sich über 13 Jahre erstreckenden Verlauf im Falle einer schizophrenen Erkrankung längst festzustellen sein müsste. Bei einer Aufnahme in der Universitätsnervenlinik Hamburg im Jahre 1960 wurde die Diagnose chronische Cyclothymie gestellt.

Zu den Krankengeschichten 1449/56, 600/60, 1136/58 und 769/58

Bei den ersten drei Fällen handelt es sich um Frauen, die im Alter zwischen 30 und 44 Jahren zum ersten Mal erkrankten. Beim letzten Fall handelt es sich um einen Landwirt, dessen Mutter an endogener Depression leidet und der mit 20 Jahren zum ersten Mal erkrankte. Alle 4 Patienten weisen bei ihrer ersten Aufnahme zum Teil erhebliche Symptome ersten Ranges nach K. SCHNEIDER auf. Bei weiteren depressiven Verstimmungen in späteren Jahren fehlen solche Symptome. Die zunächst gestellte Diagnose Schizophrenie wird dann aufgrund des gutartigen Verlaufes und dem Fehlen von Verdachtsmomenten für Schizophrenie bei den späteren Aufnahmen in Cyclothymie geändert.

Krankengeschichte 893/58

Der Patient hat pyknischen Körperbau, ist Konditor von Beruf und erkrankte mit 42 Jahren zum ersten Mal. 1947 hörte er Stimmen; in einer Nervenklinik wurde die Diagnose Schizophrenie gestellt. 1950 war er wegen einer depressiven Psychose in der Universitätsnervenklinik München. An Symptomen ersten Ranges trat diesmal nur Gedankenlautwerden auf. Es wurde die Diagnose Schizophrenie gestellt. 1952 war er im Nervenkrankenhaus Haar, wo er in einem Erregungszustand mit dem Messer auf ein Küchenmädchen losging; wieder lautete die Diagnose Schizophrenie. 1958 kam er erneut zur Aufnahme, diesmal wegen einer heiteren Verstimmung. Es traten keine Symptome ersten Ranges auf, dagegen war er streitsüchtig und hatte Beziehungsideen. Aus Symptomatik und Verlauf wurde diesmal die Diagnose Cyclothymie, manische Phase, gestellt.

Krankengeschichte 126/56

Frau T., eine Bankdirektorsgattin, war von vorwiegend pyknischem Körperbau; sie war im Wesen schon immer ängstlich und litt an Insuffizienzgefühlen und kam mit 44 Jahren nach einem Suicidversuch mit depressiver Verstimmung in die Klinik. Sie litt an Hypnosegefühl und Gedankenabreißen; ferner litt sie an Verfolgungswahn, hatte déjà-vu-Erlebnisse, Größen- und Abstammungswahn. Acht Jahre später, bei der zweiten Aufnahme, hörte sie Stimmen, hatte leibliche Beeinflussungserlebnisse und verschiedene Wahnwahrnehmungen. Sie litt an depressiver Verstimmung. Der Affekt war zuweilen flach und läppisch. Kurze Zeit nach der Entlassung beging die Patientin Suicid. Trotz der schizophrenieverdächtigen

Symptomatik entschloss man sich zur Diagnose klimakterische Mischpsychose, da die Patientin in einem achtjährigen Intervall ausser allgemeiner Angst unauffällig war.

Ergebnis

In 15 Fällen wurde die Diagnose von Schizophrenie in Cyclothymie geändert, obwohl die Symptomatik während der verschiedenen Phasen im wesentlichen unverändert war; in 9 Fällen entsprach die Diagnoseänderung einer deutlich geänderten Symptomatik. Das durchschnittliche Ersterkrankungsalter beträgt 32,8 Jahre. Im Durchschnitt vergingen 7,5 Jahre nach Stellung der Diagnose Schizophrenie bis zur Änderung in Cyclothymie. In der Mehrzahl der Fälle war das Ausbleiben einer schizophrenen Persönlichkeitsveränderung für den Diagnosewechsel mit entscheidend.

Diskussion

Für E.BLEULER hiess eine Krankheit, bei der eine Mischung von manisch-depressiver und schizophrener Symptomatik vorkam, eben Schizophrenie. Für ihn war bei der symptomatologischen Unterscheidung der Schizophrenie vom manisch-depressiven Irresein nur das Fehlen oder Vorhandensein schizophrener Symptome massgebend. Er bemerkt jedoch ausdrücklich, dass der periodische oder cyclische Verlauf bei beiden Krankheiten vorkommen kann; die grosse Wahrscheinlichkeit spricht aber für manisch-depressives Irresein, wenn mehrere Anfälle vorausgegangen sind und man dann noch keine deutlichen Zeichen der Schizophrenie findet.

Demgegenüber fand J.LANGE beim Verfolgen der Lebensläufe eindeutig Manisch-Depressiver in einem so hohen Prozentsatz einzelne, aber auch massierte schizophrene Krankheitszeichen und ganze katatone Syndrome, dass nur der Verlauf und der Ausgang der Krankheit eine endgültige Einordnung erlaubten. Eine ganze Reihe der vorher aufgeführten Fälle bestätigt diese Ansicht von J.LANGE. In den ersten Phasen traten schizophrene oder doch immerhin schizophrenieverdächtige Symptome auf und blieben dann in den späteren Phasen aus.

In 5 Fällen (761/58, 909/60, 464/57, 1559/55, 42/57) wurde die Diagnose Schizophrenie während einer manischen Phase gestellt. Hierzu bemerkt K.KOLLE (1955): "Die meisten Manien, die wir in der Klinik sehen, bie-

ten eine Menge von Symptomen, die eigentlich der Schizophreniegruppe vorbehalten sind, also Wahnwahrnehmungen, echte Halluzinationen, körperliche Beeinflussungsgefühle, Personenverkenennung und andere mehr. In den letzten Jahren bin ich ziemlich vielen derartigen Kranken begegnet, die hier und anderswo als Schizophrene verkannt worden waren, weil in der Tat auf dem Gipfelpunkt ihrer Psychose nichts mehr von der heiter-beschwingten Daseinsform zu sehen war. Um so überraschter ist man, wenn nach dem Abklingen der Krankheit ein wohl komponierter Mensch uns entgegentritt" Bei den paranoiden Formen der Cyclothymie erlaubt oft nur längere und gute Beobachtung, den Verdacht der Schizophrenie fallen zu lassen.

H. HOFF bemerkt zur Melancholia simplex, dass hier die Hemmung soweit gehen kann, dass der Patient sich überhaupt nicht mehr bewegt, so dass man das Bild eines Stupors vor sich hat, der weitgehend an den Stupor der Katatonen erinnert.

M. BLEULER berichtet, dass beim 2. Internationalen Kongress für Psychiatrie 1927 in Bezug auf den Verlauf keine Einigung über die wichtige Frage erzielt werden konnte, ob man völlig ausheilende Psychosen als schizophrene bezeichnen will.

Man scheut sich also, eine Krankheit als schizophren zu bezeichnen, die ohne bleibende Persönlichkeitsveränderung einhergeht.

K. LEONHARD (1959) trennt die unsystematischen Schizophrenien von den systematischen Schizophrenien ab. Erstere verlaufen klar periodisch und stehen für LEONHARD der Cyclothymie näher als den systematischen Schizophrenien.

2. Wechsel der Diagnose von Cyclothymie in Schizophrenie

Nur in 8 Fällen wurde die Diagnose von Cyclothymie in Schizophrenie geändert.

- a) Es folgen 5 Fälle, bei denen die Diagnose Schizophrenie bei späteren Aufnahmen aufgrund von schizophrener Symptomatik und Defekterscheinungen gestellt wurde.

Krankengeschichte 516/57

Der Vater der Patientin war schwermütig und beging Suicid. 1951 wurde bei der Patientin im Alter von 29 Jahren eine Strumektomie durchgeführt,

In den folgenden 4 Jahren war sie mehr oder weniger paranoid, grübelte viel und klagte über Nachlassen des Gedächtnisses. 1955 kam sie mit depressiver Verstimmung und Zwangsgedanken zum ersten Mal in die Nervenklinik. Sie war affektiv freundlich und aufgeschlossen. Ein halbes Jahr später wurde dann im Nervenkrankenhaus Haar, und ein weiteres halbes Jahr später in der Nervenklinik München die Diagnose Schizophrenie gestellt. Ausser Symptomen ersten Ranges und paranoidem Wahneinfall zeigte sie auch formale Denkstörungen.

Krankengeschichte 592/56

Der Patient, Kartolithograph von Beruf, hat athletischen Körperbau und war schon als Kind schüchtern und von sensitivem Charakter. Mit 21 Jahren kam er mit depressiver Verstimmung, Angstzuständen und nervösen Störungen in die Klinik. Im Laufe der folgenden 4 Jahre wurde er noch dreimal mit ähnlichen Symptomen aufgenommen; die Kontaktfähigkeit war gut, es traten keine Symptome ersten Ranges auf. Danach kam er mit einem massiven schizophrenen Schub erneut in die Klinik. Er zeigte alle Symptome ersten Ranges und wurde nach sechsmonatigem Klinikaufenthalt mit der Diagnose paranoid halluzinatorischer Defektzustand ins Nervenkrankenhaus Haar überwiesen.

Krankengeschichte 979/56

Der Patient, von Beruf Zimmermann, ist von athletischem Körperbau. Bei den Urgrosseltern mütterlicherseits sei Geisteskrankheit vorgekommen. 1952 kam er 31jährig zum ersten Mal wegen manischer Verstimmung in die Klinik. Die Diagnose lautete manisches Zustandsbild bei Deбилität. 1953 kam er ins Nervenkrankenhaus Günzburg. Dort fielen folgende Symptome auf: Grimassieren, stereotypes Auflachen, faxenhafte Bewegungen, uneinfühlbare Heiterkeit, Neologismen und Denkstörungen. Es wurde die Diagnose Schizophrenie gestellt. Anlässlich einer Aufnahme in der Nervenklinik München 1956 und bei späteren Fürsorgebesuchen wurde diese Diagnose bestätigt.

Krankengeschichte 151/58

Der Patient ist von Beruf Molkereimeister und hat gedrungenen, muskulösen Körperbau. Im Alter von 51 Jahren trat nach beruflichen Schwierigkeiten eine depressive Verstimmung auf. Weitere Symptome waren Antriebsschwäche und Selbstvorwürfe. Die Diagnose lautete endogene Depression im Rückbildungsalter.

Acht Jahre später kam er wegen gehäufter Tobsuchtsanfälle erneut in die

Klinik. Er hatte in der Zwischenzeit nicht mehr gearbeitet, war monatelang im Bett liegen geblieben und hat unbeweglich vor sich hingestarrt. In der Klinik zeigte er akustische Halluzinationen, paranoiden Wahneinfall und Defekterscheinungen. Es wurden auch erhebliche hirnatrophische Veränderungen festgestellt. Die Diagnose lautete Spätschizophrenie.

Krankengeschichte 979/58

Bei der Patientin, einer Polizeiwachtmeistersgattin, handelt es sich um eine kleine, mimosenhaft zarte Frau, die seit ihrem 12. Lebensjahr immer wieder an Depressionen und Angstzuständen litt. 1957 kam sie 33jährig mit depressiver Verstimmung und Angstzuständen in die Klinik. Es waren folgende Symptome ersten Ranges vorhanden; Gedankenlautwerden, Hören von Stimmen, Gedankenbeeinflussung, verschiedene Wahnwahrnehmungen und Beeinflussung des Fühlens. Affektiv war sie objektiv nett und zugewandt, subjektiv hatte sie das Gefühl einer Glaswand. Die Diagnose lautete; atypische paranoid gefärbte Depression mit reaktiven, aber auch mit endogenen Zügen. 1958 kam sie mit anfallsweisen Angstzuständen, Druck- und Beklemmungsgefühl auf Brust und im Hals zur Aufnahme. Es waren keine Symptome ersten Ranges vorhanden; die Patientin wirkte weder depressiv noch psychotisch. Die Diagnose war Angstneurose mit hysteriformen Zügen. Im Laufe der nächsten Monate wurde sie noch mehrmals aufgenommen. Sie hatte dabei weder depressive noch heitere Verstimmungen. Paranoide Wahnvorstellungen und Angstanfälle standen im Vordergrund; der Affekt war flach. Als Diagnose stellte man atypische paranoide Psychose, wobei man die Zuordnung zum schizophrenen oder cyclothymen Formenkreis erst nach Kenntnis des weiteren Verlaufes vornehmen wollte. In der Folgezeit war die Patientin dreimal im Nervenkrankenhaus Haar, wo, bei im wesentlichen unveränderlicher Symptomatik, die Diagnose Schizophrenie gestellt wurde. Bei der letzten Aufnahme im Nervenkrankenhaus Haar 1964 wurden auch Defektsymptome festgestellt.

- b) 2 Fälle, bei denen die Diagnose Schizophrenie aufgrund der bei den späteren Aufnahmen auftretenden schizophrenen Symptomatik gestellt wurde.

Krankengeschichte 286/59

Die Patientin, eine Klosterschwester, ist in nicht genau bestimmbarer Wei-

se erblich belastet. Sie kam mit 63 Jahren zum ersten Mal in die Klinik und zeigte folgende Symptome: sie war depressiv, glaubte sterben zu müssen, war schwer gehemmt, hatte verschiedene leibliche Beeinflussungserlebnisse und hörte auf zu essen. Diagnose: Depression im Präsenium. Drei Jahre später kommt sie erneut mit depressiver Verstimmung zur Aufnahme. In der Zwischenzeit war keine Besserung eingetreten. Sie wies diesmal noch eine ganze Reihe von Symptomen ersten Ranges auf. Deshalb wurde eine paranoid halluzinatorische Psychose im Rahmen der Spätschizophrenie diagnostiziert.

Krankengeschichte 1653/55

Ein 35jähriger jugoslawischer Arbeiter kam Ende 1955 wegen depressiver Verstimmung, Kopfschmerzen und paranoidem Wahneinfall in die Klinik. Die Diagnose lautete manisch-depressives Irresein. Bei zwei erneuten Aufnahmen in den folgenden Monaten war keinerlei Verstimmung des Gemütes mehr zu erkennen. Dafür traten verschiedene Symptome ersten Ranges auf. Die Diagnosestellung wurde durch den Umstand erschwert, dass der Patient nur mangelhaft deutsch sprach.

- c) 1 Fall von einfacher oder pseudoneurotischer Form der Schizophrenie.

Krankengeschichte 957/56

Es handelt sich um einen persischen Studenten, der mit 21 Jahren zum ersten Mal wegen depressiver Verstimmung, Mangel an Antrieb, Vitalstörungen und starken Kopfschmerzen in die Klinik kam. In der Folgezeit wurde er zum Teil in seiner Heimat mehrfach erfolglos mit Insulinschocks und auch mit Psychotherapie behandelt. Zwei Jahre später kam er erneut in die Nervenlinik München. Er hatte keine Symptome ersten Ranges und keine depressiven oder heiteren Verstimmungen. Seine Kontaktfähigkeit war herabgesetzt, die Konzentrationsfähigkeit war schlecht, er fühlte sich schlapp, hatte großes Schlafbedürfnis und klagte über Kopfschmerzen. Die Diagnose lautete diesmal: Hebephrenie.

Ergebnis

In 5 Fällen wurde die Diagnose Schizophrenie aufgrund der bei den späteren Aufnahmen auftretenden schizophrenen Symptomatik und Persönlichkeitsver-

änderung gestellt, in 2 Fällen nur aufgrund der schizophrenen Symptomatik und in 1 Fall nur aufgrund der Defektsymptome. Das Durchschnittsalter bei der Ersterkrankung betrug 35,1 Jahre. Die Diagnose wurde nach einem durchschnittlichen Krankheitsverlauf von 2,7 Jahren geändert.

Diskussion

J.WYRSCH (1955) sagt: "Das Zirkuläre betrifft ja nur einen Teil der emotionalen Person, nämlich die vitalen Gefühle und Stimmungen und offenbar kann dieser Teil von der Schizophrenie, die ja, bildlich gesprochen, viel zentraler in die Person eingreift, betroffen werden oder auch nicht."

W.JANZARIK (1959) schreibt zu diesem Thema: "Depressive Bilder, die psychopathologisch unbedenklich als cyclothyme Depressionen angesprochen werden können, kommen als "Trema" eines später schizophrenen Verlaufes vor, zählen aber doch zu den Ausnahmen. Die dynamische Entleerung scheint die psychopathologische Symptomatik beider Formenkreise einander zu nähern".

K.CONRAD schreibt über die beginnende Schizophrenie: "Die Steigerung der Bodenaffektivität kann enorme Grade erreichen und erscheint dann meist in der Färbung von Angst, die bis zur Todesangst anwachsen kann oder von Depressionen, Schwermut bis zum Lebensüberdruß, vor allem aber mit der Tönung der Schuld."

3. In 7 Fällen hiess die Enddiagnose atypische Psychose
Davon war in 4 Fällen die Ausgangsdiagnose Schizophrenie

Krankengeschichte 922/60

Die Patientin S. ist schlankwüchsig, von Beruf Sekretärin, und kam 1949 zwei- unddreissigjährig wegen einer maniformen Verstimmung zum ersten Mal in die Klinik. Sie hörte Stimmen; andere Wahrnehmungen waren nicht mit Sicherheit festzustellen. Sie hatte Wahnideen, Wahnstimmung und wechselte ständig zwischen Apathie und Unruhe. Die Diagnose lautete Schizophrenie. Zehn Jahre später kam die Patientin im wesentlichen mit denselben Symptomen erneut zur Aufnahme. Dazu kam noch ausgeprägte Verwirrtheit und ein

leichter Wackeltremor des Kopfes. Als Diagnose liess man folgende drei Möglichkeiten offen: 1. manisch-depressiver Mischzustand, 2. Schizophrenie, 3. psychogene Reaktion. Im Jahr darauf kam die Patientin noch zweimal mit manischer Verstimmung zur Aufnahme. Symptome ersten Ranges fehlten. Als Enddiagnose wurde atypische Psychose mit manisch-depressiven Zügen gestellt.

Krankengeschichte 298/60

Die Patientin neigt zum pyknischen Körperbautyp; sie war präpsychotisch menschenscheu und gehemmt, jedoch mütterlich und eine tüchtige Geschäftsfrau. Im Alter von 39 Jahren erkrankte sie zum ersten Mal. Zwischen 1954 und 1960 wurde sie insgesamt sechsmal stationär aufgenommen. Sie zeigte raschen Wechsel zwischen katatonieähnlichem stuporösen Verhalten und freundlich aufgelockertem Verhalten. Symptome ersten Ranges traten immer wieder auf, besonders Hören von Stimmen und Gedankenabreissen. Sie war paranoid und hatte Beziehungsideen. Bei den ersten drei Aufnahmen stellte man die Diagnose Schizophrenie. 1959 entschloss man sich zur Diagnose atypische periodische Psychose, wohl in der Hauptsache wegen des Ausbleibens von Defektsymptomen.

Krankengeschichte 1305/63

Die Patientin war mit 31 Jahren zum ersten Mal wegen einem nicht näher bezeichneten depressiven Zustand in der Nervenlinik Prag. 1949 kam sie mit einem depressiv-ängstlichen und paranoiden Zustandsbild in die Nervenlinik München. Affektiv war sie etwas starr. Vitalstörungen waren nicht deutlich ausgeprägt. Die Patientin hatte diesmal und auch bei ihren späteren Klinikaufnahmen nie Symptome ersten Ranges. 1958 kam sie in depressiv-ängstlichem und hypochondrischen Zustand und mit verschiedenen Wahnideen belaster, erneut zur Aufnahme. Sie war motorisch unruhig und zeigte verschiedene vegetative Symptome. Auch in der Zwischenzeit hatte sie mehrfach Angstzustände. Als Diagnose wurde atypische endogene Depression gestellt. 1963 kam sie mit ähnlichen Symptomen wie bei der ersten Aufnahme in die Klinik; sie hatte dabei teils depressive, teils hypomanische Verstimmung. Als Diagnose wurde diesmal gestellt: ängstliches, hypochondrisches Syndrom, zeitweise mit ausgesprochen schizophrenen und organischen Zügen überlagert - atypische cyclische Psychose.

Krankengeschichte 1462/55

Der Vater und der Bruder der Patientin, einer Oberstudienratsgattin, waren psychisch auffällig. Präpsychotische Persönlichkeit: heiter, unermüdlich tätig, energisch und selbstbewusst. Mit 20 Jahren kam sie in einem starken Erregungs-

zustand in das Nervenkrankenhaus Haar; sie zerriss Hemden, war öfters unrein, faselte ideenflüchtig und hatte optische Halluzinationen. Als Diagnose wurde Schizophrenie gestellt.

1940 kam sie 53jährig in die Nervenklinik München, weil sie versucht hatte, mit dem Staatsoberhaupt in Kontakt zu kommen, um ihm Banalitäten mitzuteilen. Sie liess den Haushalt verwahrlosen und glaubte sich für die Politik bestimmt. Affektiv war sie flach und zerfahren, sie wirkte dement und wurde mit der Diagnose schizophrener Defektzustand in das Nervenkrankenhaus Haar überwiesen.

1951 kam sie in depressivem Zustand, mit leiblichen Beeinflussungserlebnissen und Wahnwahrnehmungen zur Aufnahme. Sie war distanzlos, litt an Konzentrationsschwäche und sprach spontan nichts. Diagnose: schizophrener Defektzustand.

1953 litt sie wechselnd an heiteren und depressiven Verstimmungen, Ungezieferwahn, optischen Halluzinationen und Geruchshalluzinationen. Sie wirkte erheblich defekt. Nach acht Elektroschocks zeigte sie eine gute Remission, abgesehen von hypomanischer Betriebsamkeit und kleinen Versprobenheiten. Bei dieser Aufnahme traten zum ersten Mal Zweifel auf, ob es sich tatsächlich um Schizophrenie und nicht um eine atypische cyclische Psychose handelt. 1955 zeigte die Patientin Ungezieferwahn, zunächst depressive Symptomatik und später katatonen Stupor; sie grimassierte und sprach manieriert. Als Diagnose wurde gestellt: atypische, mit depressiven Symptomen einhergehende Psychose.

Es folgt 1 Fall, bei dem die Diagnose bei der ersten Aufnahme psychogene Reaktion mit dem Verdacht einer Schizophrenie lautete.

Krankengeschichte 390/60

Zur präpsychotischen Persönlichkeit der Patientin, einer Hebamme heisst es; nimmt Beziehungen zu Männern inadäquat schwer. 1955 wurde sie nach einem Liebeserlebnis innerlich gespannt und kam in eine Art Trancezustand; sie fühlte etwas Umheimliches, Drohendes auf sich zukommen. Eine innere Stimme befahl ihr zu beten. Sie war zerstreut und sprunghaft im Denken, litt an Gedankenbeeinflussung und hatte das Gefühl, in Hypnose zu sein. Optische Halluzinationen wurden vom Untersucher vermutet. Zuweilen bot sie ein katatonisches Bild. Diagnose: psychogene Reaktion, Verdacht auf Schizophrenie.

Nachdem sie von 1955 bis 1960 unauffällig war, kam sie mit wechselnden, manischen und depressiven Verstimmungen erneut zur Aufnahme. Sie war vor ihrer Periode auffällig streitsüchtig gewesen, redete viel in Kindersprache, strampelte stundenlang und lachte unmotiviert. Zuweilen lag Weinen und Lachen in einem Atemzug. Aus dem leise spielenden Radio hörte sie Stimmen, die sie aber nicht auf sich bezog. Bei einer weiteren Aufnahme im selben Jahr fühlte sie sich verfolgt, redete faselig und war eckig in ihrem Verhalten. Die Diagnose lautet: atypische cyclische Psychose.

Krankengeschichte 1640/55

Die Patientin ist ledig und Haushälterin von Beruf. Eine Kusine leidet an Manie. Eine Schwester ist depressiv mit Verfolgungsideen. 1953 erkrankte die Patientin an depressiver Verstimmung; sie machte sich sehr grosse Vorwürfe über ihr sexuelles Vorleben, litt unter Beziehungsideen, hatte hypochondrische Beschwerden und Glomusgefühl im Hals, sie war abwechselnd gehemmt und erregt. Diagnose: Schizophrenie oder atypische Cyclothymie. Im gleichen Jahr kam sie erneut zur Aufnahme. Neben den vorgenannten Symptomen hörte sie die Stimme ihres Bruders, verkannte Personen und hatte ein weit verzweigtes Wahnsystem. Diagnose: atypische Psychose mit manisch-depressivem Einschlag. Ende 1955 wurde die Patientin wieder aufgenommen; sie hatte sich in der Zwischenzeit geistig verändert und konnte sich nur noch mit einfachsten Dingen beschäftigen. Ansonsten bot sie ähnliche Symptome wie bei den vorherigen Aufnahmen, jedoch keine Symptome ersten Ranges; sie war unruhig und fühlte sich getrieben. Sie wurde invalidisiert und in ein Heim entlassen. Diagnose: atypische Psychose (wohl Schizophrenie) oder abnorme Entwicklung bei sensibler Persönlichkeit mit depressiven Schwankungen.

Krankengeschichte 1107/59

Die Patientin ist mit einem Oberlokkführer verheiratet. Ein Bruder der Mutter ist in einer Anstalt gestorben. Präpsychotisch; primitive Persönlichkeit. 1958 erkrankte die Patientin 36jährig zum ersten Mal. Nach Zahnextraktion und Waschtage hatte die Patientin eine depressive Verstimmung, paranoide Beziehungs- und Bedeutungsideen; Wahrnehmungen wurden vermutet. Sie war in Wahnstimmung, affektiv inadäquat und zeigte lebhaften Dermographismus. Diagnose: depressiv paranoide Psychose. 1959 erfolgte eine erneute Aufnahme wegen depressiver Verstimmung; die Patientin hörte Stimmen, die sie beschimpften, war innerlich gespannt, antriebsarm und zum Teil stuporös. Ein psychoexperimentelles Gutachten ergab keinen Anhalt für Schizophrenie. Die psychiatrische

Diagnose lautete: atypische depressiv-paranoid-halluzinatorische Psychose. Verdacht auf mehrere Jahre zurückliegende Schizophrenie.

Ergebnis

In allen 7 Fällen handelt es sich um Frauen; das Durchschnittsalter ist 32,3 Jahre. In 4 der 7 Fälle rückte man bei im wesentlichen unveränderter Symptomatik von der Diagnose Schizophrenie ab und liess mit der Diagnose atypische Psychose die Zugehörigkeit zu den beiden grossen Formenkreisen offen. In einem Fall wurde die Vermutungsdiagnose Schizophrenie in die sichere Diagnose Cyclothymie umgewandelt. In einem anderen Fall wurde die Vermutungsdiagnose Cyclothymie in die Vermutungsdiagnose Schizophrenie umgewandelt. Im Falle 1640/55 blieb die Vermutungsdiagnose atypische Psychose bestehen.

Diskussion

Für E.BLEULER (1911) war es selbstverständlich, dass bei Mischungen von manisch-depressiven Symptomen mit schizophrenen Symptomen die Krankheit Schizophrenie genannt wurde. J.LANGE (1928) nahm eine Kombination einer Dementia praecox und eines manisch-depressiven Irreseins an. H.HOFFMANN berichtet über Involutionsmelancholien, dass sich diese durch paranoide Wahnvorstellungen, durch eigentümlich absurde hypochondrische oder nihilistische Ideen, durch monotones Jammern und Klagen, verzweifelte Angst oder durch eine, an schizophrene Erkrankungen erinnernde affektive Verflachung auszeichnen. Die Prognose dieser Fälle scheint nicht durch diese Eigentümlichkeit der Erscheinungsform bestimmt. K.KOLLE (1961) erwähnt, dass sich bei einigen Schizophrenen eine gewisse Periodizität bemerkbar macht, die an eine cyclothyme Phase erinnert. In seinem Vortrag: "KRAEPELIN und die gegenwärtige Psychiatrie" sagt K.SCHNEIDER: "Heute wird niemand mehr zwischen Cyclothymie und Schizophrenie eine scharfe Differentialdiagnose treiben. Es gibt nur eine Differenzialtypologie, d.h. es gibt Übergänge, die Randformen bleiben bestehen und noch immer kann man die Mehrzahl der Fälle ohne Zweifel mit ihnen erfassen. Man kann die meisten atypischen Fälle dem einen oder anderen Pol nahestellen und sie dazurechnen. Selten gibt es auch Zwischenfälle, die man mit dem gleichen Recht als Cyclothymie oder als atypische Schizophrenie auffassen kann. Ob man bei der Diagnose das Gewicht mehr auf den Zustand oder auf den Verlauf legt, wird für die diagnostische Betrachtung aty-

pischer Fälle oft wichtig sein." Diese Meinung vertritt auch J. WYRSCH wenn er in "Die Person des Schizophrenen" schreibt: "Es kommen Fälle vor mit gemischter Symptomatik, bei denen man die Diagnose so lange offen lassen muss, bis man den weiteren Verlauf kennt." Auch M. BLEULER (1960) berichtet, dass Mischungen manisch-depressiver mit schizophrener Symptomatik oft vorkommen. Auch er spricht von Mischpsychosen, betont aber, wie auch K. KOLLE (1961), dass es sich hierbei in den meisten Fällen nur um eine Mischung der Symptome und nicht, wie man früher glaubte, um eine Mischung der Erbanlagen handelt. Er betont, dass man die Verlaufsrichtung erst einigermaßen zuverlässig voraussagen kann, wenn bereits mehrere Phasen abgelaufen sind. Es gibt Mischpsychosen, die ihrer Natur nach zwischen dem klassischen manisch-depressiven Kranksein und der Schizophrenie stehen.

Wir möchten die hier aufgeführten 7 Fälle von atypischer Psychose zu den cycloiden Psychosen im Sinne von LEONHARD rechnen. Dabei ist das Zustandsbild häufig nicht rein, es kommen Mischungen von Angst-Glücks-Psychose und erregt-gehemmter Verwirrtheit vor.

4. Es folgen 9 Fälle mit entweder nur vorübergehend geänderter Diagnose oder mit nicht endgültig festgelegter Diagnose
- a) 3 Fälle, bei denen die Diagnose bei je 3 Aufnahmen von Cyclothymie in Schizophrenie und dann wieder in Cyclothymie geändert wurde.

Krankengeschichte 536/58

Die Patientin gehört dem pyknischen Körperbautyp an und erkrankte im Alter von 49 Jahren an einer depressiv-paranoiden Psychose mit verschiedenen Symptomen ersten Ranges. Während der 2. Aufnahme wurde die Diagnose Schizophrenie gestellt, wohl weil die vitale Verstimmung nicht ausgeprägt war.

Krankengeschichte 518/60

Es handelt sich präpsychotisch um eine übergewissenhafte Einzelgängerin, die dem pyknischen Habitus nahesteht. Mit 28 Jahren war sie nach einer Liebesenttäuschung schon einmal in einer privaten Nervenklinik. 48jährig erkrankte sie dann 1955 an einer agitierten hypochondrischen Depression mit mehreren Symptomen ersten Ranges. 1958 kam sie mit ähnlichen Symp-

tomen wieder in die Klinik, nur wechselte diesmal heitere mit depressiver Verstimmung ab; sie litt ferner an Sprachverworrenheit. Es wurde diesmal die Diagnose Schizophrenie gestellt.

Bei einer weiteren Aufnahme im Jahre 1960 litt die Patientin an einer heiteren Verstimmung, sie zeigte keine Symptome ersten Ranges und auch sonst keine Anzeichen für Schizophrenie. Es wurde ein manisch-depressiver Mischzustand diagnostiziert.

Krankengeschichte 1048/58

Die Patientin war schon präpsychotisch primitiv; sie erkrankte 58jährig 1956 an einer endogenen Depression. Sie hörte Stimmen und hatte das Gefühl, hypnotisiert zu sein. Nach ihrer Entlassung hat die Patientin bis zu ihrer Aufnahme im Jahre 1958 aus Scham über früher begangene kleinere Diebstähle ihre Wohnung nicht mehr verlassen. Sie litt unter Bestrafungs- und Beziehungsideen. Die Diagnose lautete diesmal paranoid depressive Psychose bei latenter Schizophrenie.

Bei einer erneuten Aufnahme im Jahre 1964 bot sie eindeutig das Bild einer endogenen Depression.

- b) 2 Fälle, in denen die Diagnose von Schizophrenie in Cyclothymie und dann wieder in Schizophrenie geändert wurde.

Krankengeschichte 218/57

Die Patientin neigt seit jeher zu Schwermut, ist gewissenhaft und ängstlich. 1953 erkrankte sie zum ersten Mal 42jährig und wurde in einem Erregungszustand in die Klinik eingewiesen. Sie war paranoid und zeigte leichte Inkohärenz im Gedankenablauf. Die Diagnose lautete Schizophrenie. 1955 kam sie mit einer depressiven Verstimmung erneut in die Klinik. Sie hatte paranoide, depressiv gefärbte Wahnideen, war misstrauisch und verzweifelt. Auch diesmal wies sie keine Symptome ersten Ranges auf. Die Diagnose wurde in paranoide Depression geändert. Bei der dritten Aufnahme 1957 zeigte sie ausser paranoid depressiven Symptomen auch Gedankenabreissen, Denkstörungen und Willensbeeinflussung. Diagnose: paranoide Psychose aus dem Bereich der Schizophrenie.

Krankengeschichte 164/56

Die Mutter der Patientin war depressiv, ein Bruder der Mutter beging Suicid. 1947 kam die Patientin 40jährig zum ersten Mal in die Klinik. Sie verhielt sich affektiv inadäquat und zeigte verschiedene Symptome ersten Ranges. Sie wurde mit der Diagnose Schizophrenie in das Nervenkrankenhaus Haar verlegt. 1953 war sie erneut unter der Diagnose Schizophrenie in Haar; die Prognose wurde als zweifelhaft beurteilt. 1956 kam sie mit einer depressiven Verstimmung erneut in die Nervenklinik. Sie war paranoid, schwer fixierbar und zerfahren. Der Kontakt war gut; sie hatte keinerlei Symptome ersten Ranges. Die Diagnose wurde in agitierte Depression geändert. Wenige Tage nach der Entlassung musste sie erneut aufgenommen werden. Sie war stocksteif, hatte die Augen weit aufgerissen, lächelte bedeutungsvoll und hatte allerlei hypochondrische Beschwerden. Dem Arzt gegenüber war sie aufdringlich, mit anderen Patienten war sie kontaktarm. Ferner war sie negativistisch und hörte Stimmen, deren Inhalt sie verschwieg. Sie wurde mit der Diagnose Schizophrenie in das Nervenkrankenhaus Haar überwiesen.

- c) Es folgen der Vollständigkeit halber noch 4 Fälle, bei denen die Diagnose Schwierigkeiten machte.

Krankengeschichte 506/58

Es handelt sich um eine Patientin, die mit 46 Jahren an einer depressiv-paranoiden Psychose erkrankte. Bei der ersten Aufnahme war die Zugehörigkeit zum Formenkreis nicht klar, später wurde aus dem weiteren Verlauf Schizophrenie diagnostiziert.

Krankengeschichte 1613/55

Die Patientin kam 43jährig 1954 in einem katatonen Erregungszustand in die Klinik. Sie war paranoid, ass nichts, beschimpfte Ärzte und Personal; Wahnwahrnehmungen wurden vermutet. Die Diagnose war katatonen Erregungszustand - Schizophrenie. Nach der Entlassung war sie 8 Monate unauffällig und erkrankte dann an einer depressiven Verstimmung mit rein depressiver Symptomatik. Diagnose: endoreaktive Depression mit Verdacht auf Schizophrenie.

Krankengeschichte 1539/56

Der Patient ist von Beruf Maurer und war zuletzt als Hausmeister tätig. 1944 war er mit 31 Jahren vier Monate lang in einer Heil- und Pflegeanstalt. Er soll damals schwarze Gestalten gesehen haben. 1951 bekam er nach einer Nierenentzündung Kopfschmerzen, sah nachts vor dem Einschlafen Schlangen, konnte das Wasser nicht mehr halten und hatte Suizidabsichten. Bei der Aufnahme war er ängstlich depressiv und hatte hypochondrische Beschwerden. Die Diagnose lautete: agitierte Depression mit ungeklärten zerebralen Veränderungen.

1951 kam er mit einer fast abgeklungenen depressiven Verstimmung und Kopfschmerzen in die Klinik. Diagnose: endogene Depression. 1956 kam der Patient zur Beobachtung in Versicherungsangelegenheiten zur Aufnahme; er war in der Zwischenzeit invalidisiert worden. Zur Diagnose liess man folgende Möglichkeiten offen: 1. chronische endogene Depression, 2. symptomennahe schizophrene Prozesspsychose, 3. pseudoneurotische Schizophrenie, 4. neurasthenischer Versagenszustand.

Krankengeschichte 1188/58

Präpsychotische Persönlichkeit; primitiv, Minderbegabung wahrscheinlich. Die Patientin kam 1949 neunzehnjährig mit depressiver Verstimmung in die Klinik. Sie war im Affekt läppisch und lachte unmotiviert. Diagnose: fragliche beginnende Schizophrenie bei Minderbegabung. 1958 erfolgte erneute Aufnahme wegen depressiver Verstimmung, religiösem Wahn mit Versündigungsideen, sie war kontaktarm und klagte über Gedankenlautwerden. Diagnose: endogene Depression, Vorstadium zur Schizophrenie?

II. STATISTISCHE AUSWERTUNG

Der Übersicht halber wird in den folgenden Tabellen für Schizophrenie die Zahl 14 und für Cyclothymie die Zahl 15 geschrieben. Der Übergang von einem Formenkreis in den anderen wird durch einen Gedankenstrich angedeutet. So bedeutet z.B. 14-15: die Diagnose wurde von Schizophrenie in Cyclothymie geändert. Die Gesamtzahl der Fälle (Männer und Frauen zusammen), die mit einer endogenen Psychose mehrfach in die Klinik aufgenommen wurden, beträgt 667. Davon wurde in insgesamt 48 Fällen = 7,20 % die Diagnose geändert. Definitiv wurde die Diagnose nur in 39 Fällen = 5,85 % geändert.

TABELLE 1

Aufgliederung aller 48 Fälle von geänderter Diagnose

Diagnosewechsel	Zahl der Fälle	in %
14-15	24	50,00
15-14	8	16,67
Atypische Psychose (Cycloide Psychose)	7	14,55
15-14-15	3	6,25
14-15-14	2	4,17
14-15 (14?)	1	2,08
14? 15?-14	1	2,08
15-14? 15?	1	2,08
offene Diagnose	1	2,08

TABELLE 2 a

Zusammenstellung des männlichen Krankengutes

Schizophrenie	120 Fälle =	49,79 %
Cyclothymie	109 Fälle =	45,23 %
geänderte Diagnose	12 Fälle =	4,98 %

TABELLE 2 b

Aufgliederung der 12 Fälle von geänderter Diagnose bei Männern

Diagnosewechsel	Zahl der Fälle	in %	
14-15	5	41,67	50
14 + innere Erkrankung -15	1	8,33	
15-14	4	33,33	
15-14 (im Rückbildungsalter)	1	8,33	41,66
15-14? 15?	1	8,33	
neurasth. Versagenszustand	1	8,33	

TABELLE 3a

Zusammenstellung des weiblichen Krankengutes

Schizophrenie	109 Fälle	=	25,59 %
Cyclothymie	281 Fälle	=	65,96 %
geänderte Diagnose	36 Fälle	=	8,45 %

TABELLE 3b

Aufgliederung der 36 Fälle von geänderter Diagnose bei Frauen

Diagnosewechsel	Zahl der Fälle	in %	
14-15	16	44,44	
14-15	2	5,55	49,99
(im Rückbildungsalter)			
15-14	2	5,55	
14-15	1	2,77	8,33
(im Präsenium)			
Atypische Psychose	7	19,44	
(Cycloide Psychose)			
15-14-15	3	8,33	
14-15-14	2	5,55	
14? 15? -14	1	2,77	
14-15 (14?)	1	2,77	
14? + Minderbegabung -14? 15?	1	2,77	

C) ZUSAMMENFASSUNG

Die Tatsache, dass bei wiederholt wegen endogenen Psychosen aufgenommenen Patienten die Diagnose nur in 5,85 % definitiv geändert werden musste, und nur in weiteren 1,35 % eine vorläufige Änderung der Diagnose oder eine nicht endgültige Änderung der Diagnose vorgenommen wurde, beweist, wie gut sich auch heute noch die von KRAEPELIN vorgenommene Aufteilung der endogenen Psychosen in den schizophrenen und cyclothymen Formenkreis bewährt. In 92,80 % des gesamten Krankengutes von 667 Patienten wurde die meist allein aufgrund des psychopathologischen Erscheinungsbildes bei der

1. Aufnahme gestellte Diagnose -und damit auch die Prognose- durch den weiteren Verlauf der Krankheit bestätigt.

In 50 % der Fälle mit geänderter Diagnose wurde diese von Schizophrenie in Cyclothymie und nur in 16,67 % der Fälle von Cyclothymie in Schizophrenie geändert. Dieses Ergebnis unterstützt die schon in der Einleitung dargelegte Ansicht von K.LEONHARD, nach der häufiger Psychosen, die nach der üblichen Diagnostik als schizophren angesehen werden, später phasisch verlaufen. Es zeichnet sich die Tendenz zur Einengung des schizophrenen Formenkreises zu Gunsten des cyclothymen Formenkreises ab.

D) SCHRIFTTUM

- Bleuler, E.: Dementia praecox. Handbuch der Psychiatrie von Aschaffenburg, Spez. Teil, Abt. 4, 1. Heft.
Leipzig und Wien: F. Deuticke 1911
- Bleuler, E.: Lehrbuch der Psychiatrie, herausgeg. von M. Bleuler, 10. Aufl.
Berlin: Springer 1960
- Bleuler, M.: Forschungen und Begriffswandlungen in der Schizophrenielehre 1941-1950.
Fortschr. Neurol. 19, 385-456 (1951)
- Bleuler, M.: Die Problematik der Schizophrenien als Arbeitsprogramm des 2. Internationalen Kongresses für Psychiatrie.
Nervenarzt 28, 529-533 (1957)
- Conrad, K.: Die beginnende Schizophrenie.
Stuttgart: Thieme 1958
- Fish, F.: Senile Schizophrenia.
J. ment. Sci. 106, 938-946 (1960)
- Fünfgeld, E.: Die Motilitätspsychosen und Verwirrtheiten.
Berlin: S. Karger 1936
- Gruhle, H.: Emil Kraepelins 100. Geburtstag.
Nervenarzt 27, 241-244 (1956)
- Hoff, H.: Lehrbuch der Psychiatrie.
Basel: B. Schwabe 1956
- Hoffmann, H.: Vererbung und Seelenleben.
Berlin: J. Springer 1922
- Huber, G.: Wahn (1954-1963).
Fortschr. Neurol. 32, 429-489 (1964)
- Irle, G.: Zur Problematik der sogenannten Pfropfschizophrenie.
Arch. Psychiatr. 201, 209-217 (1960)
- Irle, G.: Das "Praecoxgefühl" in der Diagnostik der Schizophrenie.
Arch. Psychiatr. 203, 385-406 (1962)
- Janzarik, W.: Zur Problematik schizophrener Psychosen im höheren Lebensalter.
Nervenarzt 28, 535-542 (1957)

- Janzarik, W.: Dynamische Grundkonstellation in endogenen Psychosen.
Berlin: Springer 1959
- Kehrer, F.A.: zitiert von Kolle, K.: Psychiatrie, 5.Aufl.
Stuttgart: Thieme 1961
- Klages, W.: Die Spätschizophrenie.
Stuttgart: F.Enke 1961
- Kolle, K.: Die Beteiligung der manisch-melancholischen Anlage am Aufbau paraphrener und paranoischer Psychosen.
Zschr.Neurol.131, 171-202 (1931)
- Kolle, K.: Die endogenen Psychosen, das delphische Orakel der Psychiatrie.
München: J.F.Lehmann 1955
- Kolle, K.: Der Wahnkranke im Lichte alter und neuer Psychopathologie.
Stuttgart: Thieme 1957
- Kolle, K.: Zur Problematik der Schizophrenie-Gruppe.
Dtsch.med.Wschr. 83, 1045 f. (1958)
- Kolle, K.: Psychiatrie, 5.Aufl.
Stuttgart: Thieme 1961
- Kraepelin, E.: Psychiatrie, 8.Aufl.
Leipzig: J.A.Barth 1913
- Kraepelin, E.: Die Erscheinungsformen des Irreseins.
Zschr.Neurol.62, 1-29 (1920)
- Kramer, R.: Zur Diagnose der Schizophrenie.
Nervenarzt 31, 203-207 (1960)
- Labhardt, F.: Die schizophrenieähnlichen Emotionspsychosen.
Berlin: Springer 1963
- Lange, J.: Periodische, zirkuläre und reaktive Erscheinungen bei der Dementia praecox.
Zschr.Neurol.80, 200-239 (1923)
- Lange, J.: Die endogenen und reaktiven Gemüteserkrankungen und die manisch-depressive Konstitution.
Handbuch der Geisteskrankheiten von O.Bumke, 6.Band, Spez.Teil, 2.Teil.
Berlin: Springer 1928

- Leonhard, K.: Aufteilung der endogenen Psychosen, 2. Aufl.
Berlin: Akademieverlag 1959
- Leonhard, K.: Über die grundsätzliche Bedeutung des psychischen Symptoms.
Psychiat.Neurol., Basel 139, 221-233 (1960)
- Mayer-Gross, W.:
Die Klinik- und Differentialdiagnose der Schizophrenie.
Handbuch der Geisteskrankheiten von O.Bumke, Spez. Teil,
5. Teil.
Berlin: Springer 1932
- Mauz, F.: Die Prognostik der endogenen Psychosen.
Leipzig: Thieme 1930
- Schneider, C.: Die schizophrenen Symptomenverbände.
Berlin: Springer 1942
- Schneider, K.: Wesen und Erfassung des Schizophrenen.
Zschr.Neurol. 99, 542-547 (1925)
- Schneider, K.: Kraepelin und die gegenwärtige Psychiatrie.
Fortschr.Neurol. 24, 1-7 (1956)
- Schneider, K.: Primäre und sekundäre Symptome bei der Schizophrenie.
Fortschr.Neurol. 25, 487-490 (1957)
- Weitbrecht, H.J.:
Endogene phasische Psychosen.
Fortschr.Neurol. 29, 129-144 (1961)
- Report of the World Health Organization Studygroup on Schizophrenia, Geneva,
Sept. 9-14 1957.
Amer.J. Psychiat. 115, 865-872 (1959)
- Wyrsch, J.: Über "Mischpsychosen".
Zschr.Neurol. 159, 668-693 (1937)
- Wyrsch, J.: Über die Intuition bei der Erkennung der Schizophrenen.
Schweiz.med.Wschr. 76, 1173-1176 (1946)
- Wyrsch, J.: Die Person des Schizophrenen.
Bern: P. Haupt 1949
- Wyrsch, J.: Schizophrenie in Reichardt, M.: Allgemeine und spezielle
Psychiatrie, 4. Aufl.
Basel: S. Karger 1955

Wyrsh, J.: Zur Geschichte und Deutung der endogenen Psychosen.
Stuttgart: Thieme 1956

Herrn Professor Kolle möchte ich an erster Stelle danken,
dass er mir die Möglichkeit gab, meine Arbeit in seiner
Klinik durchzuführen.

Mein besonderer Dank gilt Herrn Professor Dietrich, der
mir freundlicherweise das Thema der Arbeit überliess
und mir mit seinem Rat zur Seite stand.

LEBENS LAUF

Am 28. Dezember 1939 wurde ich als Sohn des Bauingenieurs Fritz Schimmelpfennig und seiner Ehefrau Elisabeth, geb. Krotki, in Linz/Donau geboren. Nach der Ausweisung im Jahre 1945 kam ich mit meinen Eltern nach Bayern. Im Jahre 1960 legte ich an der Maria-Theresia-Oberrealschule in München das Abitur ab. Vom Wintersemester 1960/61 bis zum Wintersemester 1965/66 studierte ich an der Universität München Medizin und legte am 23.6.1966 das Staatsexamen ab.

